

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

No 560

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gérard MONBEIG-ANDRIEU

Né à Bayonne, le 7 février 1906

A PROPOS DE LA VALEUR
DE LA
CONTRACTURE ABDOMINALE

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Gérard MONBEIG-ANDRIEU

Né à Bayonne, le 7 février 1906

A PROPOS DE LA VALEUR

DE LA

CONTRACTURE ABDOMINALE

Président : M. PIERRE DUVAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFNEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N. Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DEBRÉ Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
FIESSINGER .. Clinique médicale.
LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale
BASSET Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
MATHIEU Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE (*In Memoriam*)

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MON MAÎTRE

LE DOCTEUR BRÉCHOT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui m'a inspiré cette thèse; avec l'expression de ma profonde reconnaissance pour les affectueux conseils qu'il m'a prodigués et le précieux enseignement que je lui dois.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR DUVAL

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse; l'hommage de ma très respectueuse gratitude.

A TOUS MES MAÎTRES

Dont le dévouement m'a été si précieux au cours de mes études médicales.

A PROPOS DE LA VALEUR
DE LA
CONTRACTURE ABDOMINALE

Introduction

Il est habituellement admis qu'une contracture nette des parois abdominales, survenant soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme grave, correspond en règle générale à la rupture d'un viscère creux, à une lésion infectieuse du péritoine, et commande de ce fait une intervention immédiate. Si la seconde partie de cette règle demeure toujours vraie, nous nous proposons d'établir que la première comporte de nombreuses exceptions, et qu'à côté des péritonites, il existe différentes causes de contracture réflexe de l'abdomen, ainsi que l'étude de la contracture musculaire en général et celle des muscles abdominaux en particulier pouvaient d'ailleurs le laisser prévoir. Bien qu'observée et décrite depuis plus d'un siècle par des chirurgiens tant en France qu'à l'Etranger, c'est surtout depuis une quarantaine d'années, grâce à l'expérience clinique de quelques auteurs, que la contracture des muscles abdominaux a pris en clinique la place prépondérante qu'elle occupe aujourd'hui dans le diagnostic des péritonites aiguës.

Trois noms dominant en France, comme nous le verrons, l'histoire de la contracture abdominale : Guinard qui attira le premier pour ainsi dire l'attention sur ce signe, Demons, qui en donna une description remarquable, Hartmann qui inlassablement le proclama le meilleur dans les perforations intestinales.

Mais c'est à quelques chirurgiens Français, parmi lesquels mon maître le Docteur Bréchet, que revient l'honneur d'avoir les premiers, observé et décrit des cas de contracture généralisée de l'abdomen ne relevant nullement d'une infection aiguë du péritoine, et démontré ainsi que si la contracture des muscles abdominaux demeure, comme le dit Forbes Hawkes « le super signe de toutes les catastrophes abdominales aiguës », les infections péritonéales n'en ont point l'exclusivité.

Le fait qu'une opération doit être la conclusion systématique de la constatation d'un tel signe clinique ne signifie nullement que la discrimination de la cause qui l'a produit ne présente qu'un intérêt purement spéculatif, car seule la connaissance exacte de l'origine de la contracture abdominale, basée sur des signes accessoires et malheureusement inconstants dans certains cas, difficiles à mettre en évidence lorsqu'ils sont masqués par l'intensité des signes généraux, permettrait au chirurgien de diriger ses investigations sans tâtonnement et sans perte de temps ; ou même d'éviter au

malade une laparotomie parfois aussi inutile que dangereuse.

Après un bref rappel du mécanisme de la contracture musculaire en général et de ses diverses causes, nous verrons que la contracture de la paroi abdominale n'échappe pas aux mêmes règles, et que l'étude de l'innervation des muscles abdominaux permettrait d'envisager la possibilité d'élargir le cadre des lésions qui peuvent être à son origine, hypothèse que les observations qui suivront illustreront en la confirmant.

De la contracture musculaire en général.

La contracture musculaire est la conséquence d'une réaction des centres nerveux à une excitation donnée, comme la contraction normale, avec une simple différence de degré.

En effet, si la contracture, phénomène pathologique, est un réflexe des centres nerveux soumis à une excitation particulièrement intense et surtout prolongée, alors que la contraction, phénomène normal, physiologique, est la réponse de ces centres soumis à une excitation modérée, normale dirons-nous, contracture et contraction ne sont que deux modalités différentes de la propriété que possède le système nerveux à réagir à une excitation donnée.

Identiques quant à leur signification, les deux phénomènes le demeurent quant à leur mécanisme, et la contracture d'un muscle quelconque nécessitera, pour pouvoir se produire, l'existence d'une voie centripète, le nerf sensitif du muscle, d'un centre réflexe recevant l'excitation, et d'une voie centrifuge qui en émane, le nerf moteur, ces trois éléments constituant l'arc réflexe fondamental.

Il devient dès lors évident qu'une excitation violente et prolongée d'un point quelconque de la voie

centripète de l'arc réflexe ainsi schématisé, tant au niveau du muscle, à l'origine des voies sensitives, que sur leur trajet ou au niveau même des centres nerveux, pourra être la cause d'une contracture du muscle correspondant, phénomène banal, de constata-tation fréquente, dont nous citerons quelques exemples.

Dans le cas où la lésion siège au niveau du muscle lui-même à l'origine des voies sensitives, il est fréquent de constater l'apparition d'une contracture : contracture des muscles de l'épaule, par exemple, soit à la suite d'un traumatisme, dans une simple contusion de l'épaule ou une luxation, soit spontanément, au cours d'une arthrite scapulo-humérale.

La lésion siège en un point quelconque du trajet des voies sensitives : ainsi la contracture survenant à l'occasion d'une fracture de la diaphyse humérale.

Nous n'envisageons ici, naturellement, que les contractures passagères, par lésions irritatives, et non pas les contractures permanentes, définitives, par lésions destructives des centres nerveux. Dans ces deux cas, l'irritation des centres nerveux est indirecte, la lésion siégeant loin de la moëlle épinière, mais elle peut être directe, et la contracture qui en résulte est bien connue des neurologistes qui l'attribuent à une compression radiculaire, par corps étranger, collection liquide volumineuse, hématome péri-dural ou même hématorachis.

De la contracture abdominale.

Historique.

Citée pour la première fois en 1823 par Roux, de Montpellier, dans un cas de perforation gastrique, la contracture réflexe de la paroi abdominale, mentionnée également vingt ans plus tard en Allemagne, par Canstatt, ne fut l'objet d'études sérieuses que vers 1885 par l'allemand Ebstein, qui, contrairement à quelques-uns de ses prédécesseurs dont il relevait les observations (Crampton, Travers, Gérard, Traube), voyait dans ce signe l'indice précoce d'une perforation plutôt que d'une péritonite.

En 1891, Méhier, dans sa thèse de Lyon, insiste sur la tension des muscles abdominaux dans les perforations de l'estomac, après Bamberger, Hénocque et Bauër.

En même temps que Roux de Lausanne, Routier, Jalaguier et surtout Guinard, dès 1892, mettent en évidence le « ventre de bois » dans les lésions aiguës des organes splanchniques.

Et c'est surtout à partir de cette date que vont se multiplier les travaux sur cette question : ceux de Michaux, Delorme, Chaput, en 1895, de Guinard, qui

l'année suivante, insiste à nouveau sur ce signe, le met en vedette et le considère, avec la sonorité pré-hépatique, comme absolument pathognomonique de la perforation intestinale, ceux de Ackermann, en Suisse, pour qui « la rétraction rigide des parois abdominales est le plus important de tous les signes de perforation ». Demons, en 1897, la décrit magistralement en ces termes au Congrès de Chirurgie de Paris :

« Il est un symptôme plus fréquemment rencontré bien qu'il soit loin d'être constant, dont l'importance est autrement décisive. Je veux parler de la rigidité du ventre, ressemblant assez à la rigidité cadavérique ; de cette tension marquée de la paroi, s'accompagnant parfois d'un gonflement médiocre, parfois au contraire, d'un aplatissement et même d'une excavation du ventre, qui fait que la main exploratrice du chirurgien ne saurait réussir à la vaincre. Sous la palpation, cette tension s'exagère plutôt, et devient plus douloureuse encore. Le ventre est comme en bois. Ce symptôme, de caractères si tranchés, dénote, si je suis bien informé, une lésion viscérale certaine. J'oserais même avancer, si je ne craignais pas d'être trop affirmatif, qu'il appartient en propre aux ruptures des organes creux. » Description parfaite à laquelle il n'est rien à ajouter ni à retrancher, si ce n'est à la dernière ligne, à la signification un peu trop exclusive qu'il lui attribue. Hartmann, en 1898 et 1901, avec opiniâtreté, insista pour faire admettre sa règle de conduite dans les

contusions abdominales : la constatation d'une contracture abdominale, signe sinon nécessaire, du moins suffisant, est une indication formelle à l'intervention immédiate.

Le succès finit par couronner ses efforts, et il fut suivi en France par Dambrin (Thèse de 1903) et dans le monde entier par Trendelenburg, Brewer, Enderlen, Morison, Adams, Battle..., etc...

Lecène reprend son étude en 1911 dans les péritonites aiguës, Forbes Hawkes dans les perforations typhiques, ainsi que Payr en Allemagne qui le considère comme « le signe le plus digne de foi » des péritonites.

Enfin, de nos jours, la valeur de ce symptôme n'est plus contestée, il occupe la place de choix qui doit être la sienne, et remarquablement mis en lumière par le professeur agrégé Mondor dans son dernier ouvrage, il devient « le phare de la clinique d'urgence des péritonites », « il éclaire les situations les plus obscures, les plus graves », il est le sauveur d'innombrables existences, l'auxiliaire le plus précieux des chirurgiens (1).

Mécanisme de la contracture abdominale.

Si tous les auteurs sont unanimes à considérer la contracture des parois abdominales comme un phénomène réflexe, c'est sur son origine que se manifestent les divergences. Alors que Mackenzie en fait

1. Professeur agrégé Mondor, *Diagnostics urgents, abdomen.*

un réflexe viscéro-moteur, ayant son point de départ au niveau du viscère lésé, c'est au niveau du péritoine pariétal que Zachary Cope situe l'origine de ce réflexe qui est pour lui un réflexe péritonéo-pariétomoteur.

S'appuyant sur ses constatations cliniques et celles de Sherrington, Mackenzie considère comme analogues dans leur mécanisme le ventre de bois et la contracture des muscles voisins d'une articulation infectée, et, véritable précurseur, entrevoit déjà d'autres causes que l'infection dans l'apparition d'une contracture abdominale, sans oser l'affirmer cependant, se contentant de dire qu'il avait cru en déceler une dans quelques cas de colique néphrétique calculeuse.

Cope invoque, pour défendre sa théorie, la vérification opératoire effectuée dans de nombreux cas où, sur 140 contractures de la paroi, 3 ou 4 cas seulement ne présentaient pas de lésion du péritoine pariétal.

Contre l'origine strictement viscérale du réflexe, Mondor, qui partage l'opinion de Cope, invoque l'absence ou le faible degré de contracture constatés souvent dans les cas d'appendicites rétro-cæcales ou pelviennes, anomalies qui ne peuvent s'expliquer que par l'intégrité du péritoine au début, et trouve dangereuse cette théorie qu'une lésion viscérale entraîne la contracture, car elle risquerait de provoquer une abstention opératoire des plus funestes dans les cas où ce signe fait défaut.

Cependant, s'il existe des cas de lésions viscérales sans contracture de l'abdomen, en désaccord apparent avec l'hypothèse de l'origine viscérale du réflexe, il est non moins certain que l'on rencontre des cas de lésions péritonéales sans contracture, en désaccord avec la théorie péritonéo-pariétale.

Cope explique, de façon un peu simpliste, cette contradiction par l'existence, au niveau du péritoine, de zones insensibles, « non démonstratives », au voisinage desquelles une lésion ne provoquera pas de contracture. De même l'absence de contracture constatée souvent chez les typhiques asthénodynamiques, les surinfectés, les shockés, ne serait paradoxale qu'en apparence, et ne traduirait que des modifications dans les facteurs nécessaires à l'apparition de la contracture, facteurs étudiés en détail par Mondor, et que nous passerons rapidement en revue.

En réalité, il faut considérer la contracture abdominale comme ayant une origine tantôt viscérale, tantôt péritonéo-pariétale, et cet éclectisme ne doit pas être envisagé comme le résultat d'une prudence excessive ou un aveu d'ignorance, mais comme la juste conclusion de l'expérience clinique.

Parmi les principaux facteurs de contracture abdominale, se place d'abord l'irritation au point d'origine, parfois viscéral, parfois péritonéo-pariétal.

Bien qu'il semble qu'une action chimique provoque le maximum de réaction, il ne paraît pas y

avoir parallélisme étroit entre le degré ou la nature de l'irritation et l'intensité de la contracture qui en résulte.

Il est, en effet, des cas paradoxaux de contracture légère avec liquide septique très abondant, et de ventre de bois avec œdème très léger ou liquide encore aseptique comme dans les perforations d'ulcus au début.

Cependant, les plus intenses contractures abdominales reconnaissent habituellement pour cause une irritation par les sécrétions acides de l'estomac, puis, dans l'ordre décroissant d'activité, le pus, les liquides intestinaux et enfin le sang et les liquides ascitiques.

L'intensité des réflexes en général chez un individu, permet de prévoir dans une certaine mesure comment réagiront ses parois abdominales, et le rôle de ce facteur dans l'apparition de la contracture de l'abdomen explique la possibilité de son absence chez les vieillards ou les typhiques adynamiques à réflexes affaiblis.

L'état du réflexe neuro-musculaire et surtout l'état des muscles jouent un rôle capital. Les mauvaises parois feront de pauvres contractures : vieillards, obèses, ptosiques, accouchées.

La zone d'irritation n'est pas indifférente, au point de vue intensité, précocité d'apparition ou localisation de la contracture. En effet, peu intense et tardive dans les irritations siégeant au niveau du bassin, elle sera localisée et parfois difficile à dépister

dans les lésions postérieures où elle peut être limitée aux muscles de la paroi postérieure de l'abdomen.

L'étude de ces conditions d'apparition de la contracture abdominale nous conduit tout naturellement à envisager les divers aspects qu'elle peut revêtir et les précautions à prendre dans l'examen clinique pour éviter les causes d'erreur, car les difficultés sont parfois sérieuses et le danger est toujours grand, de méconnaître une contracture, ou au contraire de croire à une contracture alors qu'elle n'existe pas.

Les divers degrés de contracture abdominale

Une confusion grave de conséquences a régné pendant longtemps et règne encore aujourd'hui entre contracture et tension ou distension. Et Mondor s'élève avec vigueur contre ces conceptions archaïques, qui ôtant toute signification à ce signe capital qu'est la contracture, conduisent aux plus grossières erreurs, aux pires catastrophes :

« Le ventre ballonné, signe de péritonite, c'est d'une aussi pauvre clinique que d'attendre les signes cavitaires pour faire le diagnostic de la tuberculose ou d'attendre les vomissements fécaloïdes pour penser à l'occlusion. »

Cette confusion tient en grande partie à la méconnaissance des divers degrés de contracture abdo-

minale, et à la multiplicité des termes employés pour les exprimer.

Roux lui-même, s'élevant contre le terme de « défense musculaire » de Dieulafoy, qu'il qualifie de « pâle sous-produit homoeopathique » du ventre de bois rétracté, méconnaît ainsi l'importance d'un tel signe, premier degré de la contracture.

En effet, à côté du ventre de bois, rétracté, frappant les yeux par le relief rigide des faisceaux musculaires, se placent la défense musculaire, la contraction de la paroi au palper, termes qui traduisent les degrés atténués de la contracture.

Or c'est justement là le progrès, que de déceler les tout premiers signes de contracture, et de ne pas attendre l'apparition du ventre de bois, du ventre rétracté ou distendu qui traduisent la généralisation de l'infection à tout l'abdomen.

Variable dans son intensité comme dans son étendue, la contracture des parois abdominales pourra être localisée ou généralisée, de résistance uniforme ou inégale, atténuée ou rigide, avec tous les intermédiaires entre la simple défense musculaire et le ventre de bois, le mur abdominal, ces deux extrêmes ayant d'ailleurs la même haute valeur, la même signification, devant conduire le chirurgien au même geste, l'opération.

Les services rendus par ce signe, le plus digne de foi, sinon infaillible, sont immenses, car non seulement il permet dans sa forme la plus légère, de surprendre la phase initiale des péritonites, la

phase la plus favorable, mais encore de localiser les lésions par la détermination du siège maximum de la contracture, ou de décèler leur extension par sa généralisation.

La recherche de la contracture.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la question sont d'accord sur les difficultés du diagnostic de contracture abdominale, sur la nécessité d'un examen minutieux du malade et sur les précautions à prendre.

Sans aller jusqu'à prétendre comme Canstatt que la découverte de la contracture est un véritable don et la considérer comme l'exclusif apanage de quelques prédestinés, il faut reconnaître qu'elle est souvent très délicate et que la méconnaissance de ce signe « peut tenir à la pauvreté tactile de celui qui palpe, à une mauvaise méthode d'examen, à la mauvaise position du malade ou à ces trois causes réunies » (Forbes Hawkes), ceci étant surtout vrai pour les formes légères, atténuées, celles qui justement présentent le plus gros intérêt en chirurgie d'urgence.

L'examen de l'abdomen doit être avant tout pratiqué avec douceur, les mains posées à plat, en contact par toute leur surface avec le ventre, et non du bout des doigts, brutalement, avec des mains froides, grossières erreurs qui risqueraient de provoquer une réaction de défense de la paroi brus-

quée, réaction qui serait prise pour une contraction qui n'existe pas. Donc, exploration patiente, méthodique, progressive, de l'abdomen, sans brusquerie, sans à-coups, avec des mains légères, réchauffées, allongées sur la paroi, seuls moyens de calmer l'appréhension d'une malade, d'amadouer un ventre hyperesthésique, et de faire un diagnostic si grave de conséquences.

Cependant, malgré toutes ces précautions, il est des cas extrêmement difficiles, des examens délicats à pratiquer, pour lesquels une extrême patience est indispensable ; chez les enfants d'abord, chez lesquels ni douceur, ni persuasion ne peuvent parfois mettre un terme à leur agitation, leurs pleurs et la résistance abdominale qui en résulte ; chez les contusionnés avec lésion de la paroi ; chez les névropathes, les hystériques surtout, bien que dans ces derniers cas l'extrême acuité des signes fonctionnels contrastant avec l'intégrité de l'état général puisse mettre sur la voie du diagnostic.

Enfin Mondor insiste sur la fâcheuse atténuation de ce signe par la morphine, et s'élève contre la dangereuse habitude de l'administrer trop tôt, dès le début de la crise douloureuse dans les affections abdominales, où elle amène une rémission trompeuse des signes cliniques et de la douleur.

Les causes de la contracture abdominale

Nous avons vu que la contracture des parois abdominales a été surtout étudiée et mise en valeur en tant que signe capital des péritonites aiguës, que sa constatation signifiait avec une rigueur quasi-mathématique, l'existence d'une infection du péritoine, et commandait une intervention immédiate.

C'est, en effet, le signe capital des péritonites aiguës, par perforation de viscère creux principalement.

Cependant, on rencontre des cas de contracture abdominale sans lésion infectieuse du péritoine, et si, dès 1907, Hildebrandt publiait des cas de contracture abdominale dans des plaies thoraciques par armes à feu, si d'autres auteurs avaient déjà constaté l'apparition de ce signe dans certaines pneumonies lobaires aiguës, ce n'est que tout récemment que quelques auteurs, dont mon maître le Docteur Bréchet, Alglave, Fiolle, Rouvillois, ont particulièrement insisté sur ces cas spéciaux qui méritent d'être connus.

Les muscles de la paroi abdominale obéissant évidemment aux mêmes lois que les autres muscles de l'économie, et leurs centres nerveux médullaires étant analogues par leurs propriétés comme par leur constitution, la contracture abdominale ne peut qu'être identique dans son mécanisme, à celle d'un groupe de muscles quelconque, et reconnaître

des causes pareillement diverses dans leur nature comme dans leur siège.

Cette diversité, l'étude de l'innervation des muscles abdominaux nous permettra de l'établir, par la reconstitution schématique de l'arc réflexe de la paroi.

Le Grand Droit reçoit son innervation, dans ses parties supérieure et moyenne, des six ou sept dernières paires intercostales ; dans sa partie inférieure, des nerfs grand et petit Abdomino-génitaux, branches collatérales du plexus lombaire.

Le Grand Oblique est également innervé, dans sa partie supérieure, par les derniers nerfs intercostaux et par les deux Abdomino-génitaux dans sa partie inférieure.

Petit oblique, Transverse, Pyramidal, ont une innervation sensiblement identique.

En résumé, les muscles de la paroi abdominale antérieure sont innervés par les 5 ou 6 derniers nerfs intercostaux et par les 2 nerfs Abdomino-génitaux.

Branches collatérales du plexus lombaire, le grand Abdomino-génital et le petit Abdomino-génital sont constitués des fibres radiculaires de la première paire lombaire, auxquelles viennent s'ajouter quelques fibres de la douzième paire intercostale.

Les centres réflexes commandant les parois de l'abdomen se trouvent donc étagés dans la portion de la moëlle épinière comprise entre la septième Dorsale et la première Lombaire.

Une irritation inflammatoire ou traumatique de ces centres médullaires pourra donc provoquer l'apparition d'une contracture des muscles abdominaux.

L'irritation peut être indirecte, non seulement dans les cas d'inflammation péritonéale par rupture spontanée ou traumatique des viscères abdominaux, mais encore dans les traumatismes violents de la paroi sans lésion viscérale, comme le prouve une observation de Rouvillois qui a bien étudié ces cas sous le nom de syndrome para-péritonéal. Il s'agissait d'une lésion exclusivement pariétale par projectile ayant pénétré au-dessus du pubis, qui avait provoqué l'apparition d'une contracture nette de la paroi avec signes généraux graves, simulant une lésion du péritoine.

L'irritation peut enfin être directe, par lésion de la moëlle ou des racines, de D 7 à L 4.

Notons en passant que l'existence d'une contracture abdominale dans certaines pneumonies lobaires aiguës ou certaines plaies du thorax s'explique facilement par une irritation inflammatoire ou traumatique des six derniers nerfs intercostaux.

Il est aisé, maintenant, d'énumérer les causes de contracture des parois de l'abdomen. Nous avons vu qu'elles pouvaient être très diverses dans leur nature comme dans leur siège, aussi ne nous occuperons-nous que des plus intéressantes ; intéressantes à des titres différents, certes, puisqu'à côté des causes fréquentes, connues, voisineront des causes exceptionnelles, dignes d'intérêt justement de par leur

rareté, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques que leur méconnaissance entraîne, et les nombreux problèmes qu'elles soulèvent. Ces causes peuvent se résumer ainsi :

1^o *Les contractures abdominales spontanées, d'origine endogène :*

AVEC INFECTION : Péritonites aiguës.

SANS INFECTION : Inondation péritonéale. Torsion des annexes saines : observation I.

2^o *Les contractures abdominales d'origine traumatique, exogène :*

AVEC INFECTION : Péritonites par plaie pénétrante de l'abdomen avec ou sans lésion viscérale.

SANS INFECTION : Lésions de la moelle : observation II et III. Fracture du rachis : observation IV.

Nous envisagerons successivement la contracture abdominale dans les péritonites aiguës, dans l'inondation péritonéale, dans les lésions de la moëlle par corps étranger, et enfin dans les fractures du rachis.

**1^o La contracture abdominale
dans les péritonites aiguës.**

De beaucoup la plus fréquente et la mieux connue est la contracture abdominale par lésions infectieuses du péritoine, contracture intense, généralisée, d'apparition en général précoce.

Le diagnostic de péritonite est aisé, automatique pour ainsi dire; en présence d'un ventre de bois.

C'est le signe le plus digne de foi du drame abdominal, le signe qui porte à son actif les plus belles victoires, parce qu'il met le bistouri aux mains du chirurgien.

Nous passerons rapidement en revue la contracture des parois abdominales dans l'appendicite, dans les perforations d'ulcus, dans les péritonites par perforation typhique et enfin dans les péritonites à pneumocoques.

Dans l'appendicite aiguë. — Le ventre, normal en apparence, ni ballonné ni rétracté encore au début, respire mal, et les yeux saisissent déjà une défense de la paroi contre les mouvements respiratoires, réaction que les mains vont confirmer.

En effet, dès que les mains cherchent à déprimer la paroi, elles sentent celle-ci se durcir dans une contraction de défense impossible à vaincre. Elle peut présenter toutes les variétés, tous les degrés, depuis la forme localisée à la fosse iliaque droite jusqu'à la forme généralisée, celle-ci pouvant être d'intensité uniforme ou bien inégale, avec maximum en bas et à droite, depuis la contracture légère jusqu'à la paroi la plus rigide, au ventre de bois.

Mesurée avec soin, elle est avec le pouls le meilleur guide, et les variations dans son extension, sa rapidité et son intensité sont le reflet fidèle de l'évolution de l'infection.

Mais ici le danger est d'attendre, d'attendre une contracture plus intense, le ventre de bois, qui apparaîtra trop tard ou n'apparaîtra pas, et de laisser passer ainsi l'heure favorable.

Car une légère défense de la paroi sous les mains qui la palpent, a la même signification, la même valeur, que le ventre le plus rigide, et en présence d'un malade qui a présenté brusquement une douleur vive dans la fosse iliaque droite, d'abord localisée puis rapidement diffuse, accompagnée de vomissements abondants parfois déjà bilieux ou porracés, d'un arrêt des matières et des gaz, de température à 39° et d'un pouls à 120, si l'examen montre un ventre immobile, hyperesthésique, se contracturant brusquement sous la main, l'heure n'est plus aux discussions stériles ou aux temporisations fatales, c'est l'heure du bistouri qui seul pourra enrayer les progrès de la péritonite rapidement mortelle. A plus forte raison lorsqu'on se trouve en présence d'un ventre rétracté, aux muscles comme sculptés sous la peau, immobile, rigide, indépressible, de bois, il n'y a plus une minute à perdre.

Tout au plus, dans les cas douteux, pourrait-on se permettre une expectative de quelques heures, mettre de la glace sur le ventre, en évitant la morphine qui masquerait les réactions si utiles et amènerait un calme trompeur. Mais si, rapidement, douleur, contracture et vomissements ne sont pas calmés, il faut intervenir sans délai. Signature presque constante et infaillible des péritonites, la contrac-

ture dûment constatée évitera seule de prendre pour une appendicite aiguë les crises douloureuses des hypervagotoniques, dans lesquelles les signes fonctionnels et généraux, le facies altéré, simulent parfois une atteinte péritonéale.

Chez l'enfant, la contracture abdominale a la même valeur, la même signification que chez l'adulte. Ce signe est d'autant plus précieux que l'appendicite présente chez les jeunes un caractère tout particulier de gravité. Cette gravité reconnaît plusieurs causes. D'abord l'évolution extrêmement rapide des lésions, pouvant provoquer en quelques heures seulement sphacèle et perforation de l'appendice, ainsi que la défaillance brutale de l'organisme, imprévisible, presque toujours fatale, en raison de l'insuffisance hépatique et des hématémèses qui l'accompagnent, syndrome particulièrement étudié par Dieulafoy sous le nom de vomito-negro appendiculaire.

Une autre cause de gravité, sur laquelle a insisté Ombrédanne, c'est l'obnubilation des symptômes par le traitement, conséquence de la sensibilité spéciale des enfants à la thérapeutique, obnubilation mise souvent sur le compte d'une rétrocession des lésions, alors qu'en réalité elle masque leur extension.

Enfin, la fréquence des signes paradoxaux comme signes méningés, absence de fièvre, de douleur, de contracture, signes vésicaux, hépatiques, diarrhée, complique encore les difficultés du diagnostic et

fait de l'appendicite de l'enfant une affection plus dangereuse encore que chez l'adulte.

La contracture de la paroi abdominale peut en effet manquer dans l'appendicite de l'enfant comme dans celle de l'adulte, même dans les cas graves, gangréneux. Mais son existence est cependant fréquente, surtout dans sa forme atténuée, car ce n'est guère que dans les cas avancés avec perforation et péritonite diffuse que la contracture se rencontre dans son plus haut degré.

Sa recherche exige donc une grande attention, car parfois, alors que la paroi abdominale antérieure demeure souple, un examen minutieux permet de découvrir une contracture localisée à la région lombaire droite, de même signification diagnostique et de même conclusion thérapeutique, car en présence d'un tel signe, ici encore il faut opérer.

Dans les péritonites par perforation d'ulcus. —

La contracture abdominale présente son maximum d'intensité.

Aussi précoce que la douleur initiale, elle s'atténue dans les premières heures en même temps qu'apparaît le ballonnement et que s'accroît la péritonite. Le ventre est plat, parfois rétracté, tendu, immobile, et la palpation confirme une contracture intense des muscles abdominaux, exagérée encore par la moindre pression.

D'abord localisée à l'étage sus-ombilical, à droite généralement, la contracture évolue, comme la dou-

leur, vers la fosse iliaque droite, semblant suivre la diffusion du liquide déversé dans le péritoine. Parfois la contracture débute à gauche, au-dessus de l'ombilic, et envahit la fosse iliaque gauche.

Elle se généralise rapidement à tout l'abdomen, lorsqu'elle n'est pas généralisée d'emblée, mais présente toujours son maximum d'intensité au point initial de la douleur, à l'étage sus-ombilical.

Le signe existe à son plus haut degré dans les perforations d'ulcères gastriques ou duodénaux, peut-être en raison même de la tardive septicité du liquide s'écoulant dans l'abdomen, l'état des réflexes et des muscles étant longtemps conservé intact, à l'inverse de ce qui se passe dans les lésions septiques où l'intoxication affaiblit le réflexe.

Son existence est constante dans les perforations, si l'on excepte quelques cas où la contracture aurait fait défaut ; encore s'agissait-il probablement de malades vus tardivement, en pleine péritonite diffuse, c'est-à-dire au moment où ce signe était fortement atténué ou avait disparu.

Ici encore, la contracture pose une indication opératoire formelle.

Dans les perforations typhiques. — La contracture abdominale est, avec la douleur, le meilleur signe, le plus constant, le plus précoce, du moins dans la forme sthénique car, nous l'avons vu, il peut faire défaut dans la forme asthénique, chez les

intoxiqués adynamiques, dont l'organisme est incapable de réaction.

Il a permis à lui seul de faire le diagnostic dans des formes insidieuses de péritonite, et c'est au sujet des péritonites typhiques que Forbes Hawkes a magistralement décrit la contracture abdominale et les précautions nécessaires à sa découverte.

Au début, on ne trouve pas le ventre de bois, la contracture intense, généralisée, des perforations gastriques, mais une contracture légère, limitée, une simple défense de la paroi ; et c'est justement à ce stade de réaction péritonéale légère, de pré-péritonite, qu'il faut faire le diagnostic pour sauver le malade, à ce stade de pré-perforation si bien étudié par Hawkes, et qui correspondrait à l'envahissement de la musculature par l'ulcération intestinale, caractérisé par un exsudat œdémateux ou adhésif, un liquide séreux ou séro-purulent dans le péritoine.

Signe d'autant plus précieux qu'il existe dès le début, la contracture abdominale peut disparaître plus tard, et, avec elle, disparaissent rapidement les chances de guérison, comme le montrent les chiffres de mortalité par fièvre typhoïde relevés par Hawkes et Quénu aux Etats-Unis : 25.000 et 35.000 par an.

Dans les péritonites à pneumocoques. — La contracture existe très souvent, sinon toujours. Elle est généralisée mais légère, beaucoup plus légère que dans l'appendicite, et cette discrétion même, paradoxale à côté d'un état général si grave, serait

pour Aourousseau, avec les vomissements précoces et fréquents et la diarrhée profuse, un bon signe différentiel pour éliminer l'appendicite.

Sa découverte est donc très souvent délicate, d'autant plus que l'on a affaire à des enfants, et pourtant la précision du diagnostic a une importance capitale. Il ne suffit pas de dire péritonite, il faut en déceler l'étiologie, car dans le cas de péritonite à pneumocoques, l'abstention est la règle absolue, du moins au début.

2^o Contracture abdominale par torsion annexielle avec inondation péritonéale (1).

La contracture des parois abdominales est donc le signe capital des péritonites ; mais, nous allons le voir, sa constatation n'implique pas nécessairement l'existence de lésions infectieuses du péritoine, car la rupture de la rate (Brünner) ou d'une trompe tordue peut déterminer une contracture généralisée, précoce, alors même que leur contenu déversé dans le péritoine est encore aseptique et que celui-ci ne présente aucune lésion inflammatoire, ainsi que le démontre clairement l'observation suivante du professeur Fiolle.

1. Rapport de M. Fiolle à la Société de Chirurgie, 9 novembre 1927.

OBSERVATION I

Une enfant de 10 ans, sans antécédents, est prise le 3 juillet de violentes douleurs abdominales et de vomissements. A la palpation, le ventre est dur, d'une extrême sensibilité au niveau du point de Mac Burney et au-dessous. Le lendemain, la température atteint 37°8 au lieu de 37°1 la veille.

Le pouls est monté de 80 pulsations à 100, puis à 120 pulsations.

L'état général s'aggrave rapidement. Localement, tout le ventre est douloureux avec maximum de douleur dans la fosse iliaque droite ; il existe une contracture généralisée avec maximum à droite où le ventre est de bois. La palpation à gauche provoque une violente douleur dans la fosse iliaque droite, signe de Rowsing très net. Le toucher rectal décèle un empâtement du cul-de-sac droit.

L'aspect général, les résultats de l'examen local comme la localisation des signes physiques et fonctionnels, font porter le diagnostic d'appendicite probablement perforante et imposent l'intervention. A l'ouverture du péritoine jaillit un flot de sang. L'appendice un peu long et rouge est enlevé, mais il n'est pour rien dans l'hémorragie qui continue, grave, inquiétante, cependant que l'état général décline toujours.

A mesure que le sang qui remplit le ventre est épongé, l'inondation se reproduit, venant du petit bassin.

On y trouve une masse noire du volume d'une mandarine en arrière et à droite de l'utérus, masse reliée à la profondeur par un pédicule où l'on voit distinctement la déforma-

tion produite par deux tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre.

Suites opératoires normales, la petite malade guérit. L'examen histologique de la masse extraite révèle une trompe.

Ainsi une torsion d'annexe saine avec inondation péritonéale spontanée, sans élément septique, a provoqué l'apparition d'une contracture intense, généralisée, des parois abdominales.

Il est bien entendu que nous ne considérons pas la contracture abdominale comme un signe d'inondation péritonéale, car son absence est la règle dans ce cas, en dehors de la forme pseudo-péritonitique où elle existe mais atténuée, et l'observation précédente n'est qu'une des exceptions constatées par quelques auteurs.

Attendre l'apparition d'une contracture pour faire le diagnostic d'hémorragie serait une grave erreur, car, comme le dit Proust, l'hémorragie intra-péritonéale est « un des seuls cas où ce signe merveilleux qu'est la contracture et qui indique la réaction péritonéale soit en défaut », ce qui justifie dans une certaine mesure la protestation émise à ce sujet par Lecène, qui dénonçait le danger qu'il y aurait à faire de la contracture un signe habituel et constant d'inondation péritonéale.

Une exception comme celle que nous venons de citer ne peut que confirmer la règle et non avoir la prétention de la modifier.

Que la contracture réflexe de l'observation ci-dessus soit due à la présence de sang dans le péritoine ou bien à des lésions des nerfs du pédicule tubo ovarien tordu, que son origine soit viscérale ou péritonéo-pariétale, son existence prouve clairement qu'il est d'autres causes que l'infection dans l'apparition d'une contracture abdominale, et ne veut prouver que cela.

Notre seul but, nous l'avons dit, est de montrer que la contracture des parois abdominales peut se rencontrer dans d'autres affections que les péritonites ; aussi n'avons-nous pas la prétention d'en faire un signe d'hémorragie péritonéale sous prétexte qu'on peut l'y observer, pas plus d'ailleurs que de blessure de la moëlle où on a pu cependant la trouver, ainsi que nous allons le voir maintenant.

3^o Contracture abdominale par lésion de la moëlle.

OBSERVATION II (1)

A la suite d'une tentative de suicide par balle de revolver dans la direction du cœur, une jeune femme est conduite à l'hôpital.

La balle est entrée au niveau de la région épigastrique, à gauche de la ligne médiane, et n'est pas ressortie.

On constate l'existence d'une paraplégie avec contracture accentuée, généralisée, de la paroi abdominale antérieure.

La paraplégie traduit l'existence d'une blessure de la

1. Rapport du Professeur Algave à la Société de Chirurgie.
16 décembre 1931.

moëlle, tandis que la contracture abdominale fait songer à la possibilité de lésion viscérale de l'hypochondre gauche, sous réserve cependant de la part pouvant revenir de la lésion médullaire dans son apparition. Très pâle, très déprimée, le pouls difficile à compter, la blessée est soumise en même temps qu'à une médication toni-cardiaque, à une étroite surveillance.

Moins d'une demi-heure après, le facies est moins mauvais, le pouls relevé, mais la contracture abdominale persistant encore, intense, l'intervention est décidée. Après laparotomie, pas de sang dans le péritoine, pas de lésion viscérale.

Le lendemain de l'intervention, la contracture abdominale a disparu. Mais la paraplégie persiste, aggravée de troubles urinaires avec oscillations thermiques. Une escharre sacrée apparaît qui s'étend rapidement en surface et en profondeur, malgré l'ablation secondaire du projectile que la radio montre inclus dans le canal rachidien, au contact de la moelle qui est lésée, à la hauteur de la première vertèbre lombaire.

Exitus quatre mois après l'accident.

OBSERVATION III (1).

Une jeune femme reçoit une balle au niveau de la région dorso-lombaire, au-dessus et à droite de l'apophyse épineuse de la première vertèbre lombaire.

Une heure après l'accident, paraplégie avec anesthésie absolue sous-ombilicale, et contracture abdominale aussi bien sus que sous-ombilicale.

1. Observation du Professeur Mériel de Toulouse, mai 1926.

Des vomissements apparaissent ; le pouls est accéléré, à 115 pulsations à la minute, bien frappé.

Rapidement la contracture abdominale est telle que la laparotomie est pratiquée : elle ne dévoile aucune lésion ni intra-péritonéale, ni rétro-péritonéale.

La plaie lombaire est explorée, et une laminectomie montre de grosses lésions méningo-médullaires, mais pas de balle. La contracture abdominale a disparu le lendemain.

Une radio décèle le projectile au flanc de la deuxième vertèbre lombaire. La mort survient après escharres multiples dix mois après l'accident.

Si dans la première observation le passage de la balle au niveau de la paroi abdominale antérieure pouvait faire douter du rôle de la moëlle dans l'apparition de la contracture, dans le second cas, aucune hésitation n'est possible, et ainsi se trouve démontrée l'existence de contracture abdominale réflexe par irritation traumatique de la moëlle, sans lésions infectieuses ni traumatiques de la paroi ou du péritoine ; irritation ici directe, mais qui, nous l'avons vu, peut être aussi indirecte et transmise par voie centripète lorsque la lésion siège à distance de la moëlle, comme dans la plupart des traumatismes où les viscères abdominaux sont gravement lésés.

Nous trouverons dans l'observation suivante un autre cas de contracture abdominale généralisée par irritation médullaire, non plus par corps étranger mais par fracture du rachis.

4° Contracture abdominale par fracture du rachis.

OBSERVATION IV

Un homme de 23 ans entre à l'hôpital Broussais le 19 octobre 1931, dans le service du Dr Bréchet, en état de shock, à la suite d'un traumatisme grave, d'une chute d'un second étage sur la région lombaire, survenue une heure auparavant.

Le facies est pâle, le malade affaissé, couvert de sueurs et geignant, se plaignant de douleurs lombaires intenses.

Il n'a pas uriné depuis l'accident.

L'examen est rendu difficile par les réactions de défense du blessé. On ne trouve aucune lésion traumatique des membres, aucun signe attirant l'attention sur le thorax.

A l'examen de l'abdomen, on remarque qu'il respire mais qu'il est rétracté, avec de chaque côté de la ligne médiane la saillie, visible sous la peau, des muscles droits contracturés.

La palpation confirme une contracture déjà visible, *contracture de bois*, extrêmement intense, généralisée à tout l'abdomen.

Les extrémités sont refroidies, le pouls est bien frappé, sans tachycardie.

L'intervention est décidée devant cette contracture, deux heures après le traumatisme :

A l'exploration de l'abdomen, on ne trouve ni gaz, ni sang, ni pus.

A la fin de l'intervention on retrouve la contracture abdominale quand le malade, encore endormi, va être transporté dans son lit.

Elle est retrouvée le lendemain matin 20 octobre à 10 heures aussi intense que la veille. Le 21 octobre elle avait disparu. Les suites opératoires sont normales jusqu'au 29 octobre. Le malade se plaint seulement de douleurs lombaires vives.

Le 29 octobre, brusquement, dans la matinée, vers 10 heures, le malade est pris de douleurs localisées aux membres inférieurs et prédominant à la face postérieure des cuisses, douleurs à type de brûlures, de picotements intenses, arrachant des gémissements au patient. Les douleurs n'existent ni au niveau de l'abdomen, ni au niveau de la région lombaire, si ce n'est l'endolorissement remarqué depuis sa chute.

Cependant on trouve à nouveau une contracture abdominale légère cette fois, sans hyperesthésie.

Au niveau de la cuisse, siège de la douleur, on trouve sur la face postérieure des points douloureux répondant à peu près au trajet du Sciatique.

Les mouvements passifs de la jambe sur la cuisse sont contrariés par la contracture du membre. L'extension est cependant possible et la contracture intermittente semble plutôt le fait de la pusillanimité du malade. L'extension active est possible également.

Les réflexes rotuliens sont exagérés des deux côtés, surtout à gauche. Réflexe cutané plantaire normal, en flexion. Pas de modification de la sensibilité cutanée des membres inférieurs.

Cette crise douloureuse qui a débuté le matin vers 10 heures, s'est terminée spontanément et progressivement vers 15 heures le même jour. Le 5 novembre on examine

la colonne vertébrale, ce qui permet de constater l'existence d'une gibbosité médiane dont le sommet de la convexité répond à la première vertèbre lombaire, avec contracture des masses musculaires para-vertébrales à ce niveau.

La palpation et la percussion douces sont très douloureuses, la colonne dorso-lombaire reste immobile lorsqu'on fait ramasser au malade un objet à terre.

Il existe un signe de Kernig net ; les réflexes rotuliens et achilléens sont plus vifs à gauche qu'à droite.

Une radio de la colonne dorso-lombaire confirme le diagnostic de fracture du rachis au niveau de la première vertèbre lombaire. Le 14 novembre une greffe d'Albee est pratiquée pour tâcher d'éviter par la suite l'apparition d'une maladie de Kummel-Verneuil : Bonnes suites opératoires.

Cette observation illustre parfaitement, à la fois le rôle de la moëlle épinière dans la production de la contracture abdominale en l'absence de toute lésion péritonéale ou viscérale, et les difficultés du diagnostic exact lorsque, comme dans ce cas, il n'existe au début aucun signe d'atteinte médullaire. Ici l'irritation de la moëlle, origine de la contracture de la paroi abdominale, n'était pas due à des lésions médullo-méningées par un corps étranger comme dans les observations II et III, mais vraisemblablement à un hématome péri-dural, agissant par compression radiculaire. Dans les deux observations précédentes, l'existence précoce de signes d'atteinte médullaire nets, d'une paraplégie avec

troubles sensitifs et trophiques, pouvait permettre, dans une certaine mesure, sinon d'éviter une laparotomie que malgré tout la prudence exigeait, du moins de soupçonner la moëlle d'être pour quelque chose dans l'apparition de la contracture de la paroi abdominale. Dans notre dernier cas c'est seulement dix jours après l'accident qu'apparurent les signes de lésions nerveuses, signes exclusivement sensitifs, dans le domaine du Sciatique, attirant enfin l'attention sur le rachis.

Conclusions.

En résumé, nous avons vu qu'à côté des contractures de la paroi abdominale par lésions infectieuses du péritoine, spontanées ou traumatiques, il existe des contractures réflexes à l'origine desquelles aucun élément septique n'intervient, comme dans l'observation I où une torsion d'annexes saines avec rupture était seule en cause ; d'autres, comme dans les observations II et III, où une irritation médullaire directe intervenait seule ; d'autres enfin, comme dans l'observation IV, où une compression radiculaire se trouve à l'origine, à la suite de fracture du rachis ayant provoqué la formation d'un hématome. Si les contractures de l'abdomen que nous venons d'envisager reconnaissent des causes variées, elles possèdent, cependant, un caractère commun. Contractures passagères, ce sont des phénomènes d'ordre réflexe dus à une excitation pathologique des centres médullaires, directe ou indirecte, par opposition aux troubles fonctionnels persistants, viscéraux, musculaires ou trophiques, dus à une destruction plus ou moins étendue de ces centres.

Les observations que nous avons rapportées ne changent en rien la règle de conduite logique qui

est d'aller voir, car le diagnostic de ces causes extra-abdominales de contracture des parois de l'abdomen est toujours difficile sinon impossible. Il peut être pressenti mais rarement affirmé, et dans le moindre doute, la sagesse est de ne pas s'abstenir.

La contracture des parois abdominales reste donc selon la définition imaginée de Mondor, « le phare de la clinique d'urgence des péritonites ». C'est en effet dans les perforations d'ulcus, les perforations viscérales, l'appendicite, qu'elle se présente dans toute sa netteté, dans son plus haut degré d'intensité comme d'étendue, et qu'elle impose indiscutablement et sans délai, comme conclusion, la laparotomie.

Cependant, l'étude de son mécanisme nous a permis d'établir qu'une irritation directe ou indirecte de la portion de moëlle comprise entre la sixième dorsale et la première lombaire pouvait provoquer une contracture réflexe de l'abdomen, hypothèse confirmée par les observations que nous avons rapportées.

Ces cas, non pas anormaux, (car ce qualificatif laisserait supposer qu'ils sont inexplicables alors qu'ils sont parfaitement logiques) mais spéciaux, ces cas sont peu fréquents, infiniment plus rares, certes, que les cas de contracture des muscles abdominaux par infection péritonéale, mais ils éclairent d'un jour nouveau certains faits jusqu'ici dans l'ombre, et leur connaissance, si elle n'aiguille pas

toujours un diagnostic hésitant, peut parfois, par la recherche attentive de signes neurologiques souvent discrets, sinon éviter au malade une intervention inopportune, du moins diriger les efforts du chirurgien vers le but à atteindre, et lui permettre ainsi de gagner un combat dont une vie est l'enjeu.

Vu : le Président de la thèse,
PIERRE DUVAL.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

